|  |  |
| --- | --- |
| ***မြောက်ကာရိုလိုင်းနား မွေးကင်းစ-လမ်းလျှောက်တတ်စကလေး အစီအစဉ်*** |  |

***ဘဏ္ဍာရေးပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းနှင့် အခက်အခဲချိန်ညှိမှု လျှောက်လွှာ***

|  |
| --- |
| **ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အချက်အလက်-** |
| လျှောက်ထားသူအမည်–  |       | လျှောက်လွှာ ရက်စွဲ- |       |
| လမ်း လိပ်စာ- |       | ကလေးအမည်- |       |
| မြို့၊ ပြည်နယ်၊ စာတိုက်ကုဒ်- |       | ကလေး၏မွေးသက္ကရာဇ်– |       |
| အိမ်ဖုန်း- |       | ဝန်ဆောင်မှုညှိနှိုင်းရေးမှူး- |       |
| အခြားဖုန်း– |       |       |       |
|  |
| **အခက်အခဲ၏ အချက်အလက်-** |
| ***အမျိုးအစား*** | ***ပေးထားသောစာရွက်စာတမ်းများ*** | ***ဆုံးရှုံးမှု နှင့်/သို့မဟုတ် ကုန်ကျမှု၏ အကျိုးသက်ရောက်မှု*** |
| **အိမ်ဆုံးရှုံးခြင်း** |       |       |
| **အလုပ်အကိုင်ဆုံးရှုံးခြင်း** |       |       |
| **များပြားသော ဆေးဘက်ဆိုင်ရာကုန်ကျစရိတ်များ** |       |       |
| *(ထပ်ဆင့်အချက်အလက်များအတွက် ITP အခက်အခဲ ပြုပြင်ပြောင်းလဲမှု FAQ ကိုကြည့်ပါ၊ လိုအပ်သလို စိစစ်အတည်ပြုရေးစာရွက် စာတမ်းများကို ချိတ်တွဲပါ)* |
| ***For CDSA Business Office Use Only*** | **Date Completed Application Received-**  |
| Current AGI:       | Current SFS Percentage-       | Date of Previous Determination-       |
| Current Gross Cap-       | Adjusted AGI (if applicable):       |
| [ ]  Recommend Adjustment as outlined below- | [ ]  DO NOT recommend adjustment; maintain current SFS%. |
| **Adjusted SFS%:** |       | Reason(s) not approved: |
| **Gross Cap-** |       |       |
| **Date Recommended-** |       |  |
| **Adjustment Time Frame-** |       |  |
| **Required Review Date:** |       |  |
|  |
| ***For CDSA Director’s Use Only*** |
| [ ]  Approve Adjustment as recommended above | [ ]  Decline adjustment; maintain current SFS%. |
| [ ]  Approve adjustment with changes below | Reason(s) not approved: |
| **Adjusted SFS%:** |       |       |
| **Gross Cap-** |       |  |
| **Date Recommended-** |       |  |
| **Adjustment Time Frame:** |       |  |
| **Required Review Date:** |       |  |
|       |  |       |
| CDSA Director’s Signature |  | Date |